UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1900)
Pathologie externe

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr JUNIOR VITRAC





PARIS
C. NAUD, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

1901

TITRES

Interne des hôpitaux de Bordeaux.
1892. — (n° 1).

Docteur en médecine.
1895.

Chef de clinique chirurgicale.
A la Faculté de Bordeaux. — 1895.

Membre et lauréat de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pœdiatrie de Bordeaux.

Membre de la Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux.

Concours d'Agrégation.
1897-1898.

Admissibilité.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Internat.
(Depuis 1896).

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES (1)

---

(1) Tous nos travaux, à part ceux pour lesquels est notée une indication spéciale, proviennent de la Clinique de M. le Pr Lanelongue et du Laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le Pr Coyne.

I. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Luxations dorsales externes du pouce. — Étude clinique et expérimentale.

Soc. Anat., Bordeaux, 23 et 30 novembre 1896. — *Soc. Chirurgie*, Paris, novembre 1897. — *Revue de Chirurgie*, mars et avril 1898 (avec 5 dessins et 6 radiographies).

Les luxations du pouce en arrière qu'il est classique de décrire, sont caractérisées on le sait, pour les variétés complète et complexe, par :

1° La luxation du tendon du long fléchisseur du pouce *en dedans* du métacarpien ;

2° Le transport de la phalange *en dedans* du métacarpien vers le premier espace interosseux ;

3° La *facilité de la réduction* pour peu que, selon les conseils de M. Farabeuf, on sache tourner l'obstacle formé par la sangle glénoïdienne et les sésamoïdes.

Cependant dès 1878 M. Farabeuf disait à la *Société de Chirurgie*, à propos de deux faits observés dans les services de Védrènes et de Verneuil : « Il est permis de décrire une seconde espèce de luxation complète du pouce dont la réduction est excessivement difficile ; je serais très heureux que de nouvelles recherches cliniques vinssent confirmer mon opinion. »

Ces luxations entrevues par M. Farabeuf sont précisément celles que nous avons étudiées. Elles sont essentiellement caractérisées par :

1° La luxation du tendon du long fléchisseur du pouce *en dehors* du métacarpien ;

2° Le transport de la phalange *en dehors* du métacarpien, loin du premier espace interosseux ;

3° La *difficulté de la réduction* qui peut tenir à la seule luxation du tendon en dehors.

De ces différents caractères M. Farabeuf n'avait noté que la luxation du tendon fléchisseur en dehors ; de plus il pensait que, seules, les luxations complètes pouvaient présenter cette disposition anormale.

Mais nous avons démontré que les luxations complexes n'échappaient pas à la possibilité de cette anomalie.

Nous avons donc voulu opposer aux luxations en arrière classiques, normales, des luxations anormales, plus rares mais très spéciales.

Nous avons alors appelé les premières : « *luxations dorsales internes ou normales* », et les secondes « *luxations dorsales externes ou anormales* ».

Les « *luxations dorsales externes* » sont comme les « luxations dorsales internes, classiques », ou complètes ou complexes.

Pour ces deux variétés des « *luxations dorsales externes* » nous avons soigneusement étudié :

1° Le mécanisme et les conditions étiologiques ;

2° Les caractères anatomiques ;

3° Les caractères cliniques ;

4° Les causes de l'irréductibilité qui leur est spéciale ;

5° La thérapeutique particulière que réclame cette irréductibilité.

Nous avons fait pour cela de très nombreuses expériences suivies de radiographies et de dissections ; enfin nous avons

appuyé ces données expérimentales par les renseignements fournis par un malade observé dans le service de M. Lanelongue, et par le groupement de quelques faits analogues que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale.

Depuis la publication de notre mémoire, le hasard nous a permis d'observer dans le service de M. le Pr Boursier un malade qui avait pour le gros orteil une luxation « *dorsale externe complexe* », tout à fait analogue à celles que nous avions étudiées pour le pouce. Sur nos conseils, M. H. Joly a fait des luxations du gros orteil une étude critique d'où il résulte qu'il y a des « *luxations dorsales externes* » *du gros orteil*, complètes et complexes, absolument superposables à celles du pouce. (Dr Henri Joly, *Thèse*, Bordeaux, 1899-1900).

Le décubitus ventral permanent dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

Soc. d'Obst., Gyn. et Pæd. de Bordeaux, décembre 1899. — *Congr. intern. de Médecine*, 1900. *Section de Gynécologie*. — *Rev. mens. d'Obst., Gyn. et Pæd. de Bordeaux*, décembre 1899 et janvier 1900 (avec 3 planches de 10 figures).

Pourquoi une fistule vésico-vaginale ne guérit-elle jamais, ou presque jamais, spontanément ? Parce qu'elle est située dans une partie de la vessie qui est déclive dans les positions habituelles (debout et décubitus dorsal) et parce que les urines s'écoulent sans cesse par ce point déclive.

Pourquoi, au contraire, une fistule vésico-pariétale antérieure (après cystotomie sus-pubienne) guérit-elle si facilement et spontanément dans presque tous les cas ? Parce qu'elle est située dans une partie de la vessie qui n'est pas déclive dans les positions habituelles, et parce que les urines n'ont ainsi aucune tendance à s'écouler à son niveau.

Donc, veut-on essayer d'obtenir la guérison spontanée d'une fistule vésico-vaginale ? il suffit de placer la femme

sur le ventre. En effet, dans cette position la fistule se trouve dans une situation analogue à celle d'une fistule sus-pubienne dans le décubitus dorsal ; c'est-à-dire qu'elle n'est plus au point déclive de la vessie, et qu'elle échappe par là au contact ou à la pression des urines.

Telle est la proposition élémentaire qui domine toute notre étude, et qui a dirigé nos recherches poursuivies depuis plusieurs années.

I. ***Théoriquement,*** il nous a fallu prouver : 1° que dans le décubitus dorsal, la zone des fistules est bien le point déclive, et que par ce point déclive passent toutes les urines ; 2° que dans le décubitus ventral la zone fistulisée est à l'opposé du point déclive et qu'elle échappe ainsi à la pression des urines.

De nombreuses expériences pratiquées sur le cadavre, et l'examen de quelques malades nous ont permis de conclure nettement sur ce sujet.

II. ***Pratiquement,*** il nous a fallu démontrer : 1° que le passage des urines à travers la fistule est ce qui en empêche la guérison spontanée, et aussi que la pression des urines sur une fistule récemment suturée est une des causes fréquentes des échecs thérapeutiques ; 2° que le décubitus ventral est applicable sur le vivant.

La discussion de faits cliniques connus et la critique des services demandés à l'usage de la sonde à demeure nous ont fixé sur le premier point. Quant au second, il nous a été prouvé par l'observation de quelques malades et par la connaissance d'un succès obtenu par le Dr Jowers, de Brighton.

III. Parallèlement au décubitus ventral, nous avons étudié le *décubitus latéral,* et aussi les avantages possibles de certains artifices, tels que la *suspension de la vessie à la cloison recto-vaginale* comme moyen adjuvant du décubitus ventral.

Nos conclusions sont, en somme :

a) Il n'y a aucune contre-indication générale à l'emploi du décubitus ventral.

b) L'utilité du décubitus ventral est prouvée par la physiologie, par l'expérimentation et par quelques faits cliniques.

c) Le décubitus latéral est moins avantageux que le décubitus ventral.

d) On devra tenter de guérir sans opération les fistules vésico-vaginales de moindre dimension en plaçant les malades dans le décubitus ventral.

e) Il est illogique de placer dans le décubitus dorsal une malade opérée de fistule vésico-vaginale ; on devra tenter d'employer le décubitus ventral permanent, ou à son défaut le décubitus latéral.

La méthode ambulatoire dans le traitement des diverses affections du membre inférieur. — Appareil de marche à étrier mobile.

Journal de Méd. de Bordeaux, 26 septembre 1897. — *Presse médicale*, 23 février 1898 (8 figures).

Séduit par les beaux résultats que nous avions vu obtenir, par M. Reclus dans son service de Laënnec (1897) chez des malades porteurs de fractures de jambe et traités par la « *méthode ambulatoire* », nous avons cherché à nous rendre compte des avantages de cette méthode. Et nos premiers essais ont été si satisfaisants que nous nous sommes appliqué à améliorer la technique jusqu'alors employée, espérant ainsi rendre plus pratique l'usage d'une méthode qui peut, dans des cas déterminés, rendre de précieux services.

Adaptant pour nos malades la méthode en deux temps et à double appareil (1° appareil de contention ; 2° appareil de marche proprement dit), qui nous a semblé infiniment plus sûre, nous avons surtout cherché à trouver un appa-

reil de marche capable de réunir certaines conditions que ne remplissaient pas suffisamment à notre avis ceux que nous avions vus décrits ou employés ailleurs.

Le modèle auquel nous nous sommes arrêté après de nombreuses modifications se compose de trois pièces : *un étrier* qui appuie sur le sol, et *deux attelles* qui supportent le poids du corps.

L'étrier est muni de deux branches montantes qui reçoivent les attelles, l'articulation des branches et des attelles étant mobile on peut à volonté régler la hauteur de l'appareil. — Par cela même *on peut l'adapter à tous les membres, et son application n'est jamais défectueuse.*

L'appareil pèse 400 grammes environ, soit la moitié des modèles ordinaires.

Construit sur de plus grandes dimensions, il peut être appliqué au *traitement ambulatoire des fractures de cuisse.*

C'est ainsi que nous l'avons employé avec succès dans un cas de fracture de cuisse au tiers moyen. Mais ce fut là une sorte de tour de force.

Au contraire, dans plusieurs cas de *fracture récente de jambe* (mais dans certaines conditions seulement), dans les *retards de consolidation* surtout, et dans certaines *impotences* ou difformités du membre inférieur, notre appareil nous a donné d'excellents résultats. M. Braquehaye l'a également employé avec succès.

La plupart des résultats ont été consignés dans la thèse de M. Fourcaud (Bordeaux, 1897-98).

Ectokélostomie. — Déplacement du sac herniaire suivi de sa marsupialisation, pour permettre à la fois dans les hernies infectées, le drainage de la cavité péritonéale et la cure radicale de la hernie.

Revue de Chirurgie, janvier 1901 (avec 8 figures).

Quand on opère souvent des hernies étranglées on est

frappé de la fréquence des épanchements intra-abdominaux. Or ces épanchements témoignent d'une infection étendue et par eux-mêmes ils sont toxiques et dangereux. *Il faut les drainer*.

Deux moyens sont habituellement adoptés :

L'un consiste à *drainer par le sac même* de la hernie : il est parfait comme moyen d'évacuation ; mais il empêche de pratiquer la cure radicale de la hernie, plusieurs de nos malades traités dans ces conditions eurent en effet des récidives rapides.

Le second consiste à faire une *laparotomie près de la hernie et à drainer par là*, tandis que la hernie est fermée : moyen excellent en lui-même mais auquel on se résout difficilement dans la pratique habituelle, parce qu'il nécessite en somme deux opérations. Il y a à cette abstention des raisons plutôt psychologiques, mais bien réelles. Et la conséquence est que très fréquemment le chirurgien se contente de faire la cure radicale, puis, qu'il néglige de mettre un drain dans un abdomen pourtant rempli d'un liquide septique et toxique ! Trop souvent le résultat ne se fait pas attendre : le malade meurt en état de septicémie péritonéale et avec des phénomènes de paralysie intestinale.

Nous avons voulu précisément, sous le nom d' « *Ectokélostomie* », proposer un moyen terme, une opération unique capable d'assurer à la fois le large drainage du ventre, et la cure radicale de la hernie. Le mot *Ectokélostomie* est formé de trois radicaux connus : εκτο indiquant le déplacement ; κηλος, sac ; et στομα, fixation au dehors après ouverture.

L'opération comprend les temps suivants :

1° Dissection du sac, libération de la hernie ;

2° Séparation du sac et de la paroi abdominale jusqu'à 1 ou 3 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope ; il faut travailler dans le tissu cellulaire prépéritonéal, et reconnaître l'artère épigastrique ;

3° Incision de la paroi abdominale contre la pointe du doigt glissée sous la paroi, et la soutenant en dehors ou en dedans de l'épigastrique ;

4° Traction et retournement du sac de bas en haut dans l'espace décollé, au moyen d'une pince glissée par la boutonnière abdominale ;

5° Fixation provisoire du sac ouvert dans cette boutonnière, et drainage de la cavité abdominale par le sac ;

6° Cure radicale de la hernie ;

7° Dans les jours suivants le drain est enlevé et le pédicule du sac fermé par une ligature et abandonné.

En somme l'*Ectokélostomie* emprunte aux procédés bien connus de Barker et de Kocher l'idée de déplacer le sac et de le fixer à la paroi. Le traitement du sac et le but à atteindre sont par contre très différents.

Comme nous avons pu nous en assurer sur le cadavre par de nombreux exercices, et sur le vivant par deux faits heureux, l'opération n'est ni longue, ni compliquée, ni dangereuse pour les viscères voisins ou les gros vaisseaux. Elle peut se faire aussi bien pour les hernies crurales que pour les hernies inguinales ; aussi bien chez la femme, que chez l'homme où elle est sans danger pour le cordon.

Drainage de l'utérus.

Thèse, Bordeaux, 1894-95 (avec 18 figures).

Dans la partie technique de notre thèse, qui est le premier travail d'ensemble publié en France sur le drainage de l'utérus, nous avons étudié :

1° Les différents modes de drainage prolongé de l'utérus, tels que : drainage à la gaze ; tamponnement de l'utérus (méthode de Vulliet) ; drainage au crin de Florence (Ché-

ron); drainage avec tubes de caoutchouc; drainage avec tubes et tiges rigides, etc.;

2° La méthode employée par notre maître M. Lanelongue (tige d'aluminium de Lefour avec disque de Courtin).

Cette méthode était alors très répandue parmi les gynécologistes, particulièrement dans la région du Sud-Ouest.

La partie clinique de notre thèse comprenait :

1° L'étude critique des résultats fournis par les différents procédés de drainage de l'utérus ;

2° L'étude de l'action physiologique et des indications du drainage ;

3° L'étude des résultats fournis par le procédé de M. Lanelongue, d'après 58 observations, *dont 48 observations de malades suivies par nous pendant 1, 2, 3 et 4 ans.*

Hystérectomie abdominale supravaginale pour fibromyomes de l'utérus. — Traitement rétro-péritonéal du pédicule.

(En collaboration avec M. Faguet.)

Revue de Chirurgie, n° 6, juin 1895, avec 6 figures.

En 1895 l'hystérectomie abdominale supravaginale n'avait pas la faveur qu'elle a reconquise depuis. Notre maître M. Lanelongue l'employait cependant couramment. C'est l'exposé de sa technique que nous avons publié dans la *Revue de Chirurgie*.

Après amputation supravaginale de l'utérus fibromateux, les deux valves antérieure et postérieure du moignon cervical étaient rapprochées et réunies : 1° par une suture continue entrecoupée (*suture du cordonnier*) qui accolait les deux surfaces cruentées de façon à amener une hémostase parfaite : 2° par une suture séro-séreuse en surjet. Un surjet supplémentaire fermait à droite et à gauche la plaie des ligaments larges.

Adaptation de coussinets pneumatiques aux béquilles et appareils orthopédiques.

Soc. Anatomie, Bordeaux, 19 juillet 1897.

Bistouri pour périnéorrhaphie.

Soc. de Gynécologie, Bordeaux, 13 juillet 1897.

Porte-jambes gynécologique.

Soc. de Gynécologie, 23 mai 1900.

Cet appareil est composé de deux parties principales : 1° deux tiges porte-jambes : 2° deux pièces fixes avec double articulation (pivot et crémaillère).

Il peut être adapté à des tables de tout modèle.

Il permet des mouvements séparés dans le plan vertical, et dans le plan horizontal ; par la combinaison des deux mouvements, on réalise la circumduction.

Tous les mouvements sont obtenus, individuellement pour chaque membre, ou pour les deux membres à la fois.

La fixité dans une position donnée s'obtient automatiquement.

(Ce porte-jambes est employé à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.)

II. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

(ARTICLES CRITIQUES. — REVUES GÉNÉRALES)

Kystes hydatiques du corps thyroïde.

Revue de Chirurgie, mai et septembre 1897.

L'histoire très intéressante d'un malade atteint d'un kyste hydatique du corps thyroïde, et chez lequel notre maître, M. le Pr Lanelongue, avait diagnostiqué cette affection très rare grâce à un symptôme pathognomonique, nous a fourni l'occasion d'étudier :

1° Ce symptôme en particulier (*rupture spontanée réitérée et suivie d'urticaire*) ;

2° Les kystes hydatiques du corps thyroïde en général.

Kystes hydatiques du sein.

(En collaboration avec M. Bousquet.)

A l'occasion d'un cas de kyste hydatique du sein, affection assez rare et connue seulement par le court article que lui consacre M. Pierre Delbet dans le Traité de chirurgie, nous avons :

1° Étudié histologiquement le kyste et les modifications survenues dans son voisinage;

2° Recueilli et étudié un certain nombre d'observations nouvelles.

L'étude histologique nous a permis de conclure, contrairement à P. Delbet, que l'embryon hexacanthe est transporté par la *voie sanguine jusqu'au niveau des mailles vasculaires qui entourent les acini glandulaires.*

L'étude critique des faits publiés, dont 9 observations nouvelles, (sur un total de 33), a servi de base à la thèse de M. Sidéridès (Paris, 1898) et à l'article très complet de MM. Binaud et Braquehaye (Traité de chirurgie de MM. Le Dentu et P. Delbet.)

De l'intervention chirurgicale dans le rein polykystique.

Soc. Anat., Bordeaux, 1895, p. 193, octobre 1897.
A. F. A. S. *Congrès de Carthage*, 1896.

Nous avons voulu légitimer et préciser les indications de l'intervention chirurgicale dans le « gros rein polykystique » qui est loin d'être un « noli me tangere » absolu.

En effet le gros rein polykystique *n'est pas toujours bilatéral.* Par contre il peut être prolabé, hydronéphrotique, calculeux, suppuré, douloureux, hématurique, toutes complications qui, en s'exagérant, arrivent à constituer un « *type chirurgical* » du rein polykystique qu'il faut opposer au « *type brightique* » plus fréquent il est vrai.

Le type « chirurgical » est justiciable de la *néphrotomie* ou de la *néphrectomie* suivant les indications, pour peu que les lésions ne soient pas franchement bilatérales.

A l'appui de cette assertion nous avons fourni :

1° Deux interventions heureuses de M. Lanelongue;

2° 17 cas de néphrectomie dont deux seulement furent suivis de mort provoquée par anurie attribuable à la bilatéralité des lésions.

Depuis 1896, la connaissance de faits nouveaux que nous avons recueillis, la certitude de la persistance de la guéri-

son ou amélioration des opérés que nous avons constamment suivis, nous ont permis de persévérer dans nos conclusions.

Ces conclusions qui étaient en contradiction avec les idées généralement admises sur le traitement chirurgical du rein polykystique ont été adoptées depuis par MM. Tuffier et Albarran dans leurs articles des Traités de Chirurgie.

Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer.

(Travail du Laboratoire des Cliniques.)

Arch. de Méd. exp. et d'Anat. path, 2 mars 1898 (avec 4 figures et microphotographies).

Les formes anatomiques de la tuberculose de l'utérus qui ont été décrites jusqu'à ce jour, sont la forme *miliaire*, et la forme *ulcéreuse* ; quant à la forme *fistuleuse* admise par Daurios (*Th.*, Paris, 1888-89) elle ne peut être considérée que comme le résultat d'un accident survenu dans le cours de l'évolution de la tuberculose ulcéreuse ; la production des fistules tient uniquement à ce que la tuberculose s'est développée dans le voisinage d'un organe creux (urètre, rectum).

Parfois les ulcérations primitives bordant les ulcérations ont pu simuler de petites végétations ; *mais la végétation existant seule, sous forme de tumeur, et sans ulcération apparente, restait à étudier.*

Un cas absolument typique que nous avons rencontré et diagnostiqué nous en a fourni l'occasion : une revue critique des faits publiés de tuberculose utérine nous a servi de comparaison, et nous a permis de rapprocher de notre observation le fait classique de Péan, étudié par Cornil, et peut-être aussi un fait de E. Frankel plus récemment publié (décembre 1897).

Les conclusions de notre travail étaient les suivantes :

1° *La « tuberculose végétante » du col de l'utérus se présente sous la forme de végétations non ulcérées, qui simulent l'épithélioma.* Principalement localisées sur la partie vaginale du col, dont elles se détachent par leur relief et par leur coloration, ces végétations rappellent par leur aspect framboisé certaines tuberculoses papillaires des muqueuses, elles n'ont pas l'induration des bourgeons cancéreux.

L'évolution de la maladie est lente ; elle se traduit par des symptômes douloureux, par des troubles menstruels et par des pertes en général non sanguinolentes ;

2° Les tubercules sont surtout abondants dans le chorion de la muqueuse cervico-vaginale.

L'infiltration et la distension de ce chorion par les follicules tuberculeux, par les cellules embryonnaires, par des foyers œdémateux et parfois des foyers hémorragiques, déterminent la saillie de certaines parties du col qui sont alors surélevées par rapport au contour normal de l'organe ; ce sont là les *végétations* que recouvre l'épithélium pavimenteux stratifié relativement conservé ;

3° Dans la « tuberculose végétante du col » les bacilles sont rares ; les tubercules ont peu de tendance à subir la caséification. Cette forme doit être classée à côté des tuberculoses papillomateuses de la peau, à côté de la tuberculose avec pachydermie verruqueuse du larynx, etc., et *parmi les tuberculoses à marche lente, à virulence atténuée.*

Nous insistions surtout *au point de vue clinique sur les analogies d'apparences entre la tuberculose végétante et le cancer.*

Depuis 1897, nous n'avons pas cessé de suivre Jeanne P..., dont l'affection servit de type pour cette étude. Le fond du vagin (après hystérectomie) est occupé par une petite masse bourgeonnante que l'inoculation et l'examen nous ont montrée tuberculeuse. C'est la démonstration

absolue des caractères de ténacité et de virulence moindre que nous avions assignés à la « tuberculose végétante » de l'utérus. Ce détail confirme en outre les parentés de cette forme de tuberculose utérine avec les diverses tuberculoses papillomateuses de la peau et des muqueuses.

Au *Congrès de chirurgie* de 1900, M. Beya, de Philadelphie, à propos d'une étude sur la tuberculose de l'utérus adoptait nos conclusions sur l'existence et les particularités de la « tuberculose végétante du col simulant le cancer ».

Fibrome polykystique malin de l'utérus.

(Travail du Laboratoire des Cliniques.)

Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique, janvier 1898.

Considérations sur l'interprétation actuelle des tumeurs dites « sarcomes », à propos de l'étude histologique d'un cas fort intéressant de tumeur maligne de l'utérus.

Nos conclusions étaient que le point de départ de la tumeur se trouvait dans le voisinage des vaisseaux utérins et dans leur épaisseur même ; les endothéliums périartériels en étaient peut-être l'origine.

Contrairement à la théorie émise par Costes d'après Pillet, les endothéliums intravasculaires n'avaient aucune part dans la genèse de la tumeur.

Cette tumeur ne contenant aucune fibre musculaire représentait dans la série des *fibromes* un type analogue à ceux que, presque à la même époque (*Arch. de méd. exp.*, IV, 1897), MM. Paviot et Bérard étudiaient dans la série des *myomes* sous le nom de « cancer musculaire lisse ».

Note sur 26 cas d'hématocèle. — Hématocèle par rupture de grossesse tubaire. — Laparotomie. — Guérison.

Gaz. Hebd. des Sc. Med. de Bordeaux, n° 3, 1898.

De ce travail présenté à la Société de Gynécologie de Bordeaux (juillet 1897) se dégageait très nettement cette

conclusion : *la rareté proportionnelle de l'hématocèle grave avec inondation péritonéale* : 3 sur 26, soit 12 pour 100 environ.

Ce chiffre est absolument en désaccord avec l'opinion ancienne de Lawson-Tait ; il est, au contraire, en rapport avec les constatations de Condamin pour qui les cas les plus fréquents sont ceux dans lesquels l'hémorragie s'arrête spontanément.

Cependant nous ne pouvions trouver dans la prédominance des cas légers sur les cas graves un argument suffisant en faveur de l'expectation systématique, car le traitement médical avait demandé chez plus de la moitié de nos malades un repos absolu au lit pendant plus de trois mois.

Résumé statistique de 82 cas d'épithélioma utérin. — Association du cancer utérin avec des lésions néoplasiques non épithéliales de l'utérus et des annexes.

Soc. de Gynécologie, Bordeaux, 9 mars 1897.

Les épithéliomes se développent moins sur les fibromes eux-mêmes que dans leur voisinage, où l'existence d'une métrite peut n'être pas sans influence. Cette coïncidence ne se rencontre que dans 2 pour 100 de la totalité des cancers utérins.

Le cancer du col domine la symptomatologie. Il empêche le plus souvent la découverte des tumeurs fibreuses, ou des tumeurs annexielles. L'absence de diagnostic, sauf les cas de tumeurs volumineuses, explique pourquoi on a pratiqué presque toujours l'opération vaginale.

Hydrométrocolpos congénital, par imperforation de l'hymen. — Rétention de 200 grammes de mucus. — Accidents de compression dès la naissance.

Soc. de Gynécologie de Bordeaux, 2 janvier 1900.
Rev. mens. Obst., Gyn. et Pæd. de Bordeaux, 1900 n° 2, p. 110, avec phototypie et figures.

1° Histoire très curieuse, et vraisemblablement unique,

d'une imperforation de l'hymen suivie de distension du vagin et de l'utérus, puis de compression de la vessie et des uretères. Rétention d'urine, infection ascendante et pyonéphrose double. Mort au 20[e] jour ;

2° Critique des faits analogues ;

3° Considérations sur le mécanisme de l'oblitération du vagin (vagin en cul-de-sac, hymen imperforé, ou symphyse des petites lèvres).

Tumeurs de la trachée d'origine œsophagienne.

Arch. cliniques de Bordeaux, décembre 1896, XII.

Dans ce travail nous indiquions comment certaines tumeurs d'origine œsophagienne mériteraient, par leurs caractères cliniques et anatomiques, d'être appelées « *tumeurs de l'œsophage à type trachéal* ».

Des considérations histologiques tirées d'un fait très intéressant venaient à l'appui de cette proposition. Nous avons, en outre, étudié le processus d'envahissement et d'ulcération, de la carotide primitive et de la jugulaire interne.

Tumeur à myéloplaxes non sarcomateuse de la jambe (myélome).

(En collaboration avec M. Auché).

A. F. A. S. Congrès de Carthage, 1895.

A propos d'un cas personnel de « myélome » de la jambe, nous faisions une étude critique des tumeurs désignées sous ce nom qui comporte d'ailleurs une acception différente selon les auteurs, tant en France qu'à l'étranger.

Le « myélome » dont il s'agit était analogue à ceux qui ont été décrits par Heurtaux pour les gaines tendineuses de la main, et par Longuet et Landel pour les gaines tendineuses de la jambe.

III. — PUBLICATIONS DIVERSES

A. — CRANE. — FACE. — RACHIS

Pustule maligne du menton.
Bull. Soc. Anatomie, Bordeaux, 1895, p. 172.

Actinomycose du maxillaire inférieur.
Bull. Soc. Anatomie, Bordeaux, 22 juin 1896.

Gomme syphilitique de la face. — Phagédénisme.
(En collaboration avec M. LAUBIE.)
Journal de Méd. de Bordeaux, 23 mai 1897.

Syphilis maligne phagédénique. La joue entière, une partie de la paupière inférieure, l'oreille avaient été détruites. Les gros vaisseaux du cou, d'abord atteints de thrombose, furent ensuite dénudés puis ulcérés.

Mort par cachexie et infection.

Fracture de la colonne vertébrale.
(En collaboration avec M. LABONNOTTE.)
Bull. Soc. Anat. de Bordeaux, 1896, p. 55.

Tuberculose vertébrale.
(En collaboration avec M. VOLPILLAC.)
Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 1895, p. 54.

Observation d'un cas anormal comme lésions et comme évolution.

Ce que nous avons appris depuis lors sur l'*actinomycose* nous permet de penser qu'il s'agissait peut-être d'un exemple de cette affection.

Vaste fracture du crâne. — Abcès du cerveau consécutif. Mort au 16e jour.

(En collaboration avec M. Laurie.)

Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 9 août 1897.

Contusion de la moelle avec paralysie.

Journal de Médecine de Bordeaux, 2 août 1896.

Centres nerveux d'un amputé de jambe.

(En collaboration avec M. Armand.)

Bull. Soc. Anat, Bordeaux, 1896, p. 40.

B. — COU. — POITRINE

Tumeur de la trachée d'origine œsophagienne. — Ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne. — Hémorragie foudroyante.

Soc. Anat, Bordeaux, 16 novembre 1896.

Anévrisme miliaire de l'œsophage.

Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 1895, p. 56.

Endothéliome intravasculaire.

(En collaboration avec M. Auché.)

Presse médicale, janvier 1901.

Étude histologique d'un exemple de ces tumeurs encore peu connues, à l'occasion d'un fait personnel (Tumeur de la partie postérieure du thorax).

Hypertrophie éléphantiasique des mamelles.
(En collaboration avec M. le Pr Coyne).
Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 28 mai 1897.

Étude histologique des lésions portant sur les deux seins qui pesaient 2 500 et 3 200 grammes.

Kyste hydatique du sein.
(En collaboration avec M. le Pr Lanelongue.)
Soc. Gynécologie, Bordeaux, 11 mai 1897.

Carcinome du sein chez un homme.
Bull. Soc. Anat. de Bordeaux, 1894, p 66.

C. — ABDOMEN. — INTESTIN ET SES ANNEXES

A propos de l'appendicite.
Journ. de Méd. Bordeaux, septembre 1900, nos 37 et 38.

A propos de quelques faits personnels, considérations sur :

1° Le diagnostic (2 cas de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule, 1 cas d'ulcère hémorragique du duodénum, confondus avec l'appendicite) ;

2° Les indications opératoires ;

3° La technique chirurgicale :

Avantages et inconvénients du drainage large sans suture dans les interventions à chaud ; *ligature « provisoire » à la soie du moignon appendiculaire*.

Cancer recto-sigmoïde. — Extirpation par la voie abdomino-périnéale.
Soc. Anat. Bordeaux, 21 nov. 1898.

Présentation de pièces.

Description de la technique employée par M. Lanelongue (quelques modifications apportées à la méthode de Gaudier-Giordano).

Cette observation, ainsi que celle d'un deuxième malade opéré par notre maître, est rapportée dans la thèse de Paramananda (Bordeaux, 1899-1900).

Invagination de l'intestin.
Soc. Anat. Bordeaux, 18 juillet 1898.

Invagination double, iléo-cœcale et cœco-colique.

Sarcome de l'intestin. — Extirpation. — Guérison.
(En collaboration avec M. Laurie.)
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 31 mai 1897. — *Thèse* de Vialard-Goudou, Bordeaux, 1898.

Kyste hydatique de l'épiploon gastro-hépatique.
(En collaboration avec M. Belzer.)
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 1896, p. 77 et 84.

Obstruction du côlon ascendant par brides.
Journal de Méd. de Bordeaux, 13 juin 1897.

Corps étranger dans un sac herniaire.
(En collaboration avec M. Mongie.)
Journal de Méd. de Bordeaux, 3 octobre 1897.

Contusion de l'abdomen.
(En collaboration avec M. Laurie.)
Soc. Anatomie Bordeaux, 1897.

Tuberculose primitive de la rate.
Soc. Anatomie de Bordeaux, 18 juillet 1898.

Observation d'une rate tuberculeuse extirpée par la voie abdominale. Notes histologiques et cliniques. (*Thèse* de Raine, Bordeaux, 1899-1900).

D. — APPAREIL URINAIRE. — ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Sur un fait curieux d'hématurie symptomatique d'un cancer du rectum sans lésion vésicale. — Pathogénie. — Réflexions.
Archives cliniques de Bordeaux, mai 1897, p. 240.

Anurie complète par oblitération calculeuse des deux uretères.
Journal de Méd. de Bordeaux, 30 mai 1897.

Reins polykystiques et anurie calculeuse.
(En collaboration avec M. Bégouin.)
Bull. Soc. Anat., Bordeaux, octobre 1897.

Rein polykystique.
Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 1895, p. 193.

Hydrocèle en bissac.
(En collaboration avec M. Capdepon.)
Bull. Soc. Anatomie, Bordeaux, 1896, p. 202.

Hypertrophie de la prostate.
(En collaboration avec M. Laubie.)
Bull. Soc. Anat., 25 janvier 1897.

Castration secondaire dans un cas de prothèse testiculaire.
Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 1896.

E. — GYNÉCOLOGIE

Variété rare de fibromyome utérin sous-péritonéal avec torsion du pédicule et enroulement des annexes.
(En collaboration avec M. le Pr Lanelongue.)
Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bordeaux, 3 octobre 1897.

I. — Étude du mécanisme de la torsion du pédicule

d'un fibrome sous-péritonéal qui constitue en réalité un exemple exceptionnel d'*auto-amputation* de l'utérus.

II. — Étude histologique des conséquences anatomiques de la torsion (Nécrose de coagulation, sans gangrène des éléments cellulaires, s'étendant à des territoires réguliers et correspondant aux zones d'irrigation de la tumeur).

Deux hystérectomies vagino-abdominales « de nécessité » pour épithélioma primitif du corps de l'utérus. — Un cas d'épithélioma primitif à type « dur ».

Soc. de Gynécologie, Bordeaux, 9 février 1897.

M. Demons a fréquemment appelé l'attention sur les caractères de *mollesse* spéciale de l'utérus atteint de cancer primitif du corps,

A titre d'exception notre cas était intéressant.

Nous expliquions cette dureté spéciale de la tumeur par la coexistence d'une véritable cirrhose musculaire hypertrophiante, forme de métrite interstitielle, dans laquelle le tissu conjonctif inter fasciculaire très dense entourait les fibres musculaires dégénérées et creusées de vacuoles.

On retrouve là les caractères que MM. Pozzi et Latteux ont attribués depuis à certaines formes de métrite interstitielle.

Epithélioma du col de l'utérus paraissant pédiculé.

Soc Gynécologie, Bordeaux, 9 mars 1897.

Présentation du cas assez curieux d'un épithélioma qui avait déterminé au niveau de la lèvre postérieure du col un ectropion de la muqueuse endocervicale. La tumeur paraissait comme appendue à un pédicule muqueux.

Hématomètre avec absence de vagin.

Bull. Soc. Anatomie, Bordeaux, 1896, p. 198.

Hydrorrbée fétide dans un cas de petit fibrome chez une femme âgée.

Soc. Gynécologie, Bordeaux, 9 mars 1897.

Fibrome de l'utérus récidivé.

Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 1894, p. 60.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit ; kyste dermoïde du ligament large gauche.

Bull. Soc. Anat., Bordeaux, 1896, p. 238.

Carcinose généralisée du péritoine avec anurie.

Soc. Anat., Bordeaux, 3 mai 1897.

Fibrome calcifié de 13 kilogrammes. — Hystérectomie abdominale. Gros calcul de la vessie. — Mort au 10e jour par infection d'origine vésicale.

Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bord., 16 avril 1899.

Torsion du pédicule d'un kyste ovarique. — Adénite juxta-utérine unilatérale ayant simulé un appendice malade et adhérent.

Soc. Gynécologie, Bordeaux, octobre 1899.

F. — MEMBRES

Corps étranger et lipome arborescent intra-articulaires.

(En collaboration avec M. Fagult.)

Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 1894, p. 107.

Etude clinique et histologique d'un cas typique de lipome arborescent du genou.

Les documents recueillis à propos de cette observation ont fait l'occasion de la thèse de Sternberg (Bordeaux, 1894-1895).

Fracture de jambe. Appareil de marche.

Soc. Anat. Bordeaux, septembre 1897.

Plaie de la cuisse par arme à feu. — Radiographie. — Extraction tardive des plombs.

Soc. Anat. Bordeaux, 30 octobre 1898.

Éléphantiasis de la jambe. Amputation.
Soc. Anat. Bordeaux, 17 octobre 1898.

Luxation de l'astragale en avant et en dehors. — Enucléation totale.
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 1893, p. 192.

Ectrodactylie avec syndactylie ; nécrose symétrique des deux calcanéums.
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 1892, p. 47.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche. — Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. — Luxation de l'extrémité supérieure du radius.
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 1893, p. 201.

Sarcome de la jambe.
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 1896, p. 173.

Embolies septiques dans les épiphyses humérales et métacarpiennes chez une femme asystolique et infectée.
(En collaboration avec M. Volpillac.)
Journal de Méd. Bordeaux, 17 février 1895.

Higromas calcifiés des deux genoux.
(En collaboration avec M. Laubie.)
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 26 juillet 1897.

Grand traumatisme ; section des membres ; fractures diverses ; fractures du crâne ; plaie du cerveau. — Mort au 3e jour.
(En collaboration avec M. Laubie.)
Bull. Soc. Anat. Bordeaux, 5 juillet 1897.

IV. — TRAVAUX INSPIRÉS ET COLLABORATION

Lipomes arborescents intra-articulaires.
STERNBERG. *Thèse* de Bordeaux, 1894-95.

Kystes hydatiques du sein.
SIDÉRIDÈS. *Thèse* de Paris, 1897-98.

Traitement de la hernie crurale ; procédés myoplastiques.
FOURGOUX. *Thèse* de Bordeaux, 1897-98.

Sarcome primitif de l'iléon.
VIALARD-GOUDOU. *Thèse* de Bordeaux, 1897-98.

Tuberculose primitive de la rate.
RAINE, *Thèse* de Bordeaux, 1899-1900

Traitement du cancer du rectum. — Amputation du rectum par la voie abdomino-périnéale.
PARAMANANDA. *Thèse* de Bordeaux, 1899-1900.

Luxations dorsales externes du gros orteil.
H. JOLY. *Thèse* de Bordeaux, 1899-1900.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.